



Klinik Beau-Site Bern
Klinik Permanence Bern
Salem-Spital Bern
Nr. 1/2004

Inhalt



ONKOLOGIE –
Die Bedeutung bildgebender Verfahren in der modernen Onkologie.
Seite 9



DIAGNOSE BRUST-KREBS – Neue Standards und Tendenzen.
Seite 10



DARMKREBS – NIE?
Infoveranstaltungen der Klinik Beau-Site.
Seite 12



Eliane Weber,
dipl. Ernährungsberaterin,
Klinik Beau-Site



Alexandra Müller,
dipl. Ernährungsberaterin,
Salem-Spital

GESUNDE ABWEHR GEGEN DARMKREBS

Eine ausgewogene Ernährung hilft Ihnen, durch eine Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte das Darmkrebs-Risiko zu senken. Essen Sie täglich pflanzliche Lebensmittel, mässig tierische Produkte und geniessen Sie fettreiche Speisen mit Mass.

Nahrungsfasern sind unverdauliche Pflanzenbestandteile, welche Krebs erregende Stoffe binden. So können diese anschliessend mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Darum ist es wichtig, dass Sie alle Tage nahrungsfaserreiche Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Vollkornprodukte in Ihrem Menüplan berücksichtigen.

Trinken Sie täglich 1,5 bis 2 Liter ungesüsste Getränke, damit die Nahrungsfasern ihre volle Wirkung entfalten können.

Um den Bedarf an allen Nährstoffen zu decken, empfehlen wir Ihnen zusätzlich zu jeder Hauptmahlzeit eine Eiweissbeilage in Form von Milchprodukten, Hülsenfrüchten, Fleisch, Fisch oder Eiern.

Es macht Sinn, die Menüs sparsam mit hochwertigem Raps- oder Olivenöl zuzubereiten. Diese liefern Ihnen lebensnotwendige Fettsäuren und fettlösliche Vitamine.

Ihren Tag dürfen Sie ohne Bedenken mit einer kleinen Süssigkeit abrunden.

Bei der Umstellung und Optimierung Ihrer Essgewohnheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. In der Ernährungsberatung zeigen wir Ihnen den theoretischen Hintergrund auf, besprechen die praktische Umsetzung und formulieren gemeinsam Ziele für die Zukunft.

Ernährungsberatung
Salem-Spital
Schänzlistrasse 39
3000 Bern 25
T 031 337 68 09
F 031 337 69 30



BEWEGUNGSVERHALTEN IM ALLTAG ZUR ANREGUNG DER PERISTALTIK



Eine der Voraussetzungen für einen gesunden Darm ist eine aktive Peristaltik. Dazu können Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten im Alltag selber beitragen.

- Eine aufrechte Haltung des Oberkörpers vermindert den Druck innerhalb des Bauchraums und gibt dem Darm Bewegungsfreiheit.
- Bauchatmungsübungen «massieren» mit jedem Atemzug den Darm und aktivieren seine Tätigkeit.
- Allgemeine Entspannungsübungen, in den Alltag integriert, regen das vegetative Nervensystem an, welches die Peristaltik reguliert.
- Regelmässiges Ausdauertraining, wie zum Beispiel Walking, Jogging, Velofahren, aktiviert die Peristaltik.
- Ihre Physiotherapeutin kann Ihnen spezielle Gymnastikübungen und einfache Massagegriffe zur Anregung der Peristaltik zeigen.

Physiotherapeutische Behandlung nach Darmoperationen

Nach einer Darmoperation begleiten wir Sie während Ihres Spitalaufenthaltes. Die Ziele der Physiotherapie sind in erster Linie die Lungenentzündungsprophylaxe



und das Erreichen selbständiger Mobilität. Wir zeigen Ihnen spezielle Atemübungen, Narbenfixationstechniken und schonendes Verhalten, und wir betreuen Sie während der täglichen Mobilisationen bis zum Spitalaustritt.

Evelyne Bärswyl,
Physiotherapeutin,
Klinik Beau-Site

Institut für Physiotherapie
Klinik Beau-Site
Schänzlihalde 11
3000 Bern 25
T 031 335 36 60
F 031 335 37 72

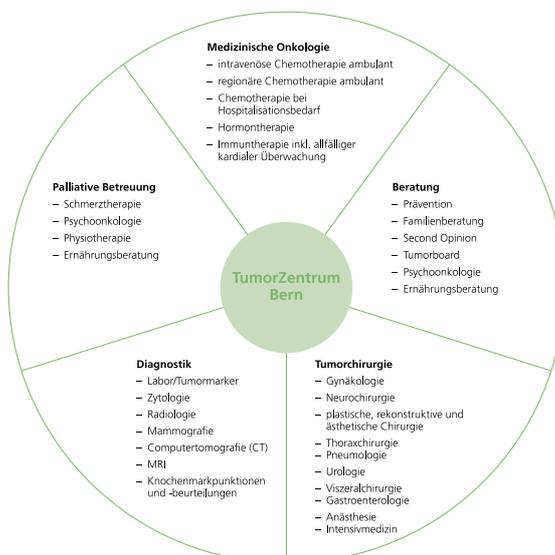
DAS TUMORZENTRUM BERN

Im TumorZentrum Bern behandeln wir Patienten mit Krebserkrankungen in allen Krankheits- und Behandlungsstadien ambulant und stationär.

Die Krebsbehandlung ist in den letzten Jahren sehr komplex geworden; ein einzelner Arzt ist oft nicht mehr in der Lage, den Patienten zeitlich und fachlich umfassend zu betreuen. Es braucht ein Team von Ärzten, das ihm mit seinem vereinigten Fachwissen zur Verfügung steht. Nur so ist die Idee des TumorZentrum Bern – eine ganzheitliche Betreuung nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen – in die Tat umzusetzen.

Das TumorZentrum Bern bietet mit seinen speziell ausgebildeten **Fachärzten der verschiedensten medizinischen Disziplinen, Psychotherapeuten, Schmerztherapeuten, Pflegenden, Physiotherapeuten und Ernährungsberaterinnen** die Grundlage für eine optimale Tumorbehandlung.

Unser Leistungsspektrum –
modernste Abklärung, Diagnostik und Therapie



TumorZentrum Bern
Klinik Beau-Site
Schänzlihalde 11
3000 Bern 25
T 031 335 33 33
F 031 335 37 72

ONKOLOGIE – UMFASSENDE, GANZHEITLICHE BETREUUNG



Es ist uns ein wichtiges Anliegen, den Patienten auf die Behandlung gut vorzubereiten. Wir nehmen uns Zeit, die Situation zu analysieren, verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zu erarbeiten und diese mit dem Patienten und dessen Angehörigen zu besprechen, damit er in der Lage ist, über seine Behandlung mitzuentcheiden.

Ambulante Behandlungen

Die meisten Patienten mit einer Krebsbehandlung können ambulant in den Arztpraxen behandelt werden. Ein erfahrenes Onkologiepflegeteam betreut sie in den speziell dafür eingerichteten, ruhigen Räumen. Die ambulanten Chemotherapien erfolgen nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen.

Mehrstündige Therapien werden auch in eigens dafür eingerichteten Tageszimmern in den Praxen und in unseren Kliniken durchgeführt.

Stationäre Aufenthalte

In der angenehmen Atmosphäre eines Privatspitals wird auf die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten kompetent und persönlich eingegangen. Auf der Onkologischen Abteilung der Klinik Beau-Site kümmert sich spezialisiertes Pflegepersonal um die Patienten.

Die Basisbetreuung erfolgt durch unsere Fachärzte der Onkologie-Hämatologie. Sie organisieren die diagnostischen Untersuchungen, planen die Behandlungen und koordinieren die Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten während des Klinikaufenthalts. Der Patient, seine Angehörigen und sein Hausarzt werden über den Ablauf und die therapeutischen Ziele genau informiert. Durch die enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit vereinigt sich breites Fachwissen und überdurchschnittliche Kompetenz, die zum Wohle des Patienten optimal eingesetzt werden kann.

DIE SICHT EINES BETROFFENEN

1992 wurde bei A. H. *) ein Lymphom Typ B festgestellt. Diese Krebsart ist behandelbar, jedoch nicht heilbar.

A. H. wie haben Sie die erste Zeit der Krankheit erlebt?

Es war ein ständiges Auf und Ab. Der Patient erlebt ja so etwas in Phasen. Die erste Phase ist geprägt von Unsicherheit und Zweifel. Da braucht es vom Arzt schon viel Einfühlungsvermögen, um den Patienten zu unterstützen. Der Patient steht ja auch unter dem Einfluss seines Bekanntenkreises. Alle wollen schon einmal das Gleiche gehabt haben. (Anmerkung Red.: A.H. hatte immer wiederkehrende Koliken) Man merkt, da ist etwas nicht in Ordnung, weiss aber nicht was. In einem ersten Schritt geht es darum, eine Diagnose zu erhalten. Und dann, je nach Ausfall der Diagnose, kommen die Ängste.

Die Diagnose Krebs löst unweigerlich Reaktionen aus: Jetzt mache ich das Testament, und dann schaue ich, was noch wichtig ist. Andererseits ist es auch eine wichtige Erfahrung. Man wird bewusster in vielem. Es war Frühling, ich wurde sentimental, konnte meine Gefühle schwer kontrollieren, hatte Selbstmitleid. Oder ich dachte: Das kannst du nochmals geniessen, mach es nochmals, man weiss ja nie. Es sind schon schwierige Phasen, in denen man das Glück haben muss, damit umgehen zu können.

Ich habe mal gesagt, es ist, wie wenn man im Boot auf einem See ist und auf einmal gibt es ein Loch im Boden, und dann hat man das Gefühl, ja, jetzt gehen wir alle unter. Nein, das ist ja nicht so, es sind ja zwei drin: Einer kann das Loch zuhalten, der andere kann Wasser schöpfen. Irgendwann kommt man wieder in den Bereich, wo man festen Boden unter den Füßen hat.

Sie wurden damals mit Chemotherapie behandelt?

Ja. Im Fall Chemotherapie wird man zuerst mit den Nebenwirkungen konfrontiert, und dies ist natürlich wunderbar, um die Zweifel und die Unsicherheiten nochmals aufzublähen. Aber irgendeinmal stellen sich die Erfolge ein, irgendetwas ist besser, ein Laborwert oder bei mir war es das Wohlbefinden beim Joggen. Wenn ich alle 100 Meter ein Stück gehen musste, ging es mir nicht gut. Wenn ich aber das nächste Mal 200 Meter joggen konnte, dann war die Freude doppelt so gross. Solche Fortschritte waren für mich objektiver als Laborwerte. Die Laborwerte sind Zahlenfriedhöfe und sagen dem

Spezialisten sehr viel. Der Laie sieht zwar, es ist besser und ich befinde mich im guten Bereich. Ich hatte gut auf die Behandlung angesprochen, und erst 2002 sind die Lymphknoten wieder stark angewachsen.

Welche Therapieform wurde dieses Mal gewählt?

Die Antikörpertherapie (Anmerkung Red.: siehe auch Artikel Seite 5). Die Erstbehandlung erfolgte in der Klinik Beau-Site. Die Nebenwirkungen hielten sich wie vorausgesagt im Rahmen, ich spürte vor allem einen Druck im Kopf und Müdigkeit. Die Nachbehandlungen erfolgten alle zwei Monate ambulant. Die Therapie war aus heutiger Sicht ausserordentlich erfolgreich.

Wenn man bei einer lymphatischen Erkrankung einen ersten Behandlungszyklus durchgemacht hat, dann weiss man, wie es um einen steht. Es kann wiederkommen, aber wir wissen, was es ist und wie behandeln. Man kann hoffen, dass die Medizin in der Zwischenzeit wieder Fortschritte gemacht hat. Das ist bei mir genauso gewesen mit der Antikörpertherapie. Und die Medizin macht heutzutage enorme Fortschritte. Wenn ich die nächste Behandlung machen muss, wird man wohl fast doppelt so weit sein, als wir in diesen letzten sieben Jahre gekommen sind. Deshalb mache ich mir jetzt eigentlich keine Sorgen mehr, ich habe grosses Vertrauen in die Behandlungsmöglichkeiten.

Haben Sie noch ein paar Worte an unsere Leser?

Man muss sich bewusst sein, dass man als Patient eine wichtige Koordinationsfunktion hat. Man kann nicht einfach die Verantwortung mit dem Krankenschein dem Arzt übergeben, das geht nicht. Ein Spezialist, der den Patienten das erste Mal sieht, kann nicht alles bis ins Detail über seinen Krankheitsverlauf wissen. Man sollte ihm stichwortartig die wichtigsten Sachen übermitteln können. Wenn man das nicht mehr kann, dann ist es schwierig und fordert die medizinische Betreuung weit mehr.

Etwas ist mir noch wichtig. Wenn es einem ganz schlecht geht, dann macht man sich immer Sorgen – nicht um sich selber, sondern um die Angehörigen. Die Angehörigen sollten wissen, dass der Patient sich Sorgen um sie macht. Und sie sollten ihm zu verstehen geben, dass sie sich um uns keine Sorgen machen müssen.

*) Name Redaktion bekannt

DIE BEDEUTUNG DER PSYCHOONKOLOGIE IN DER HEUTIGEN TUMORBEHANDLUNG



Dr. med. **Kurt Marc Bachmann**,
Facharzt FMH für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinik Beau-Site

Gruppenpraxis Mühlematt
Mühlemattstrasse 62
3007 Bern
T 031 371 50 35
F 031 371 50 36

Die Diagnose einer Krebskrankheit löst auch heute noch bei den meisten Betroffenen und in ihrem Umfeld einen Schock aus. Was noch vor wenigen Jahrzehnten eine unmittelbar tödliche Bedrohung war, ist inzwischen allerdings für viele Patienten eine chronische Erkrankung geworden, mit der die Betroffenen lange Zeit leben. Dabei entstehen immer wieder auch psychische Probleme und Krisen, die den Krankheitsverlauf wesentlich mitbestimmen. Die Diagnosestellung «Krebs» führt zu Unsicherheit und Bedrohung in allen Lebensbereichen der Betroffenen und bei ihrer nahen Umgebung. Fragen nach dem zu erwartenden Leiden, der noch verbleibenden Lebenszeit, nach dem Tod, der Zukunft generell stellen sich meist mehr oder weniger drängend. Häufig kommt es zu existenziellen Krisen gerade in einer Zeit, in der den Patienten von der Behandlung her psychisch und physisch ausserordentlich viel abverlangt wird.

Die heutige Tumorbehandlung ist oft erfolgreich. Dieser Erfolg beruht auf komplexen und aufwändigen Diagnose- und Behandlungsverfahren. Gerade diese Komplexität führt für die Betroffenen aber zu Belastungen mit entsprechenden Ängsten und hohem psychischem Stress.

Und eben diese psychischen Folgeerscheinungen einer Krebserkrankung beeinflussen die Lebensqualität wie auch den Krankheitsverlauf der Patienten.

Die Psychoonkologie bietet hier spezifische Behandlungen an, die das Ziel haben, die Lebensqualität aufrechtzuerhalten. Damit soll nicht nur der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst, sondern auch ein erfülltes Leben ungeachtet der Krebserkrankung ermöglicht werden.

Das Angebot der Psychoonkologie steht den Betroffenen und ihrer nahen Umgebung ambulant und stationär in allen Stadien der Erkrankung zur Verfügung.

4

CHIRURGISCHE BEHANDLUNG VON TUMOREN IM DICKDARMBEREICH



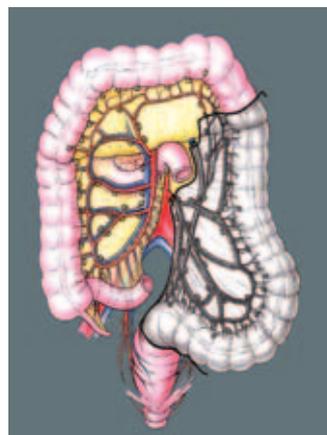
Dr. med. **Andreas Glättli**,
Facharzt FMH für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie,
Salem-Spital

**Gemeinschaftspraxis
für Viszeralchirurgie/
Gastroenterologie**
Schänzlistrasse 33
3000 Bern 25
T 031 348 51 00
F 031 348 51 01

Das Dickdarm-Karzinom wird angesichts der steigenden Lebenserwartung immer häufiger und gehört zu den drei häufigsten Tumoren, die zum Tode führen. Bei der Entstehung dieses Tumors scheint neben Alter und familiärer Belastung der heute von vielen gepflegte Lebensstil mit Bewegungsmangel, Übergewicht und faserarmer Ernährung eine wichtige Rolle zu spielen. Allgemein ist bekannt, dass der Dickdarmkrebs aus so genannten Polypen entsteht, d. h. gutartigen Schleimhauttumoren, die nach monate- oder jahrelangem Wachstum bösartig werden können. Wie bei jeder Tumorerkrankung ist die Früherkennung für eine erfolgreiche Behandlung der Erkrankung wichtig. Symptome wie Änderung der Stuhlgewohnheit, unklarer Blutverlust, unerklärlicher Gewichtsverlust und neu aufgetretene Bauchschmerzen gelten vor allem bei über 50-Jährigen als Warnsignale und sollten die Patienten zum Arzt führen. Oft ist eine Dickdarm-Spiegelung angezeigt, mit welcher ein Dickdarmtumor zuverlässig diagnostiziert resp. ausgeschlossen werden kann.

Beim Dickdarmkarzinom ist die chirurgische Entfernung die Therapie der Wahl. Die frühzeitig und qualitativ korrekt durchgeführte Operation entscheidet über die Prognose der Krankheit im Einzelfall. Obwohl heute schon regelmässig Dickdarmoperationen auf

laparoskopischem Wege – mittels Bauchspiegeltechnik – durchgeführt werden, ist man mit der Anwendung dieser Methode bei bösartigen Dickdarm-erkrankungen noch zurückhaltend, da Studien über den Erfolg nach Jahren bisher fehlen. Beim operativen Eingriff wird darauf geachtet, dass nicht nur der Tumor, sondern auch die angrenzenden Darmanteile mit der dazugehörenden Darmwurzel entfernt werden. Damit wird erreicht, dass allenfalls befallene Lymphdrüsen gleich mitentfernt werden. Das entnommene Darmstück wird dann vom Pathologen untersucht, der sehr genau das so genannte Tumorstadium bestimmen kann. Je nach Stadium, d. h. Ausdehnung des Tumors, wird eine begleitende medikamentöse Therapie (Chemotherapie) vorgeschlagen.



ANTIKÖRPERTHERAPIEN IN DER MEDIZINISCHEN ONKOLOGIE

Errungenschaften in der Krebsforschung machen wegen der Bedrohung, als die diese Erkrankung empfunden wird, oft Schlagzeilen, weit über die Fachpresse hinaus. In den letzten Jahren wurden neue Therapien vor allem in Form von Immunbehandlungen entwickelt. Bei dieser Art der medikamentösen, intravenös applizierten Therapie bewirken Antikörper eine direkte oder indirekte Zerstörung von Krebszellen. Die Nebenwirkungen dieser modernen, massgeschneiderten Behandlungen sind meist gering, im Vordergrund stehen mögliche allergische Reaktionen bei der Verabreichung. Gezielte prophylaktische Massnahmen können diese aber meist verhindern. Seltener sind Blutbildveränderung, Herzrhythmusstörungen/Blutdruckabfälle und beim neusten Produkt vor allem Hautausschläge (Akne). Erfreulicherweise ist die Behandlung meist ambulant, d. h. in onkologischen Ambulatorien durchführbar, was zur Erhaltung der Lebensqualität der Tumorpatienten beiträgt.

Bei folgenden Tumorerkrankungen sind heute Antikörpertherapien allein oder in Kombination mit Chemotherapien möglich:

1. Bei fortgeschrittenem Brustkrebsleiden besteht bei ca. 20% der Patientinnen die Möglichkeit, das Medikament Herceptin® einzusetzen. Voraussetzung ist der Nachweis eines bestimmten Proteins (Her-2/neu) auf der Krebszelloberfläche.
2. Bei verschiedenen Formen von Lymphdrüsenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphomen) können die Antikörper Mabthera® oder seltener Campath® zum Einsatz kommen, oftmals in Kombination mit Zytostatika.
3. Als neueste Errungenschaft ist seit kurzem in der Schweiz Erbitux® verfügbar. Dieser Antikörper wird beim Dickdarmkrebs in Kombination mit einer Chemotherapie verabreicht. Voraussetzung ist – wie beim Brustkrebs – der Nachweis einer bestimmten Oberflächenstruktur (EGF-Rezeptor) auf der Krebszelle.

Ähnlich gelagerte Therapien werden weltweit entwickelt, teilweise auch modifiziert unter Anwendung leicht radioaktiver Partikel (Isotope), welche eine Art Mikrobestrahlung der Tumorzellen bewirken. Weitere Erfolge in der Behandlung von Krebserkrankungen sind absehbar.



Dr. med. **Christoph Gwerder**,
Facharzt FMH für Innere Medizin,
spez. Onkologie-Hämatologie,
Klinik Beau-Site / Salem-Spital

Dr. med. **Christoph Gwerder**
Zeughausgasse 12
3011 Bern
T 031 311 44 36
F 031 311 44 37



Dr. med. **Thomas Furrer**,
Facharzt FMH für Innere Medizin,
spez. Onkologie-Hämatologie,
Klinik Beau-Site / Salem-Spital

Dr. med. **Thomas Furrer**
Optingerstrasse 1
3013 Bern
T 031 331 33 10
F 031 331 33 14

SCHERBENHAUFEN ODER CHANCE?

Kurz vor Weihnachten 2003 hat das eidgenössische Parlament die 2. KVG-Revision nach jahrelangen Diskussionen definitiv abgelehnt. Für einen Teil der Gesundheitspolitiker war damit der absolute worstcase eingetreten, andere, und zu denen gehöre ich selber, sehen darin eine Chance für eine effizientere und wesentlich bessere Gesetzgebung. Zwar wurde diese Ablehnung vorwiegend von der linken Ratsseite mit Hilfe der sich in die Stimmenthaltung flüchtenden CVP inszeniert, doch muss ich den Verhinderern aus ganz anderen Gründen, als diese angeführt haben, Recht geben.



Urs Brogli,
Leiter Unternehmens-
kommunikation Hirslanden

Die zweite KVG-Revision liess jede Systematik vermissen. Ganz besonders trifft das auf den heiss umstrittenen Bereich der Spitalfinanzierung zu, mit dem im weitesten Sinne auch die Frage nach der Aufhebung des Vertragszwanges für Ärzte und Spitäler verbunden ist. Zwar hatten sich die Räte anfänglich für eine zukunftsorientierte Lösung ausgesprochen, scheuten sich dann jedoch, das als solches anerkannte monistische Finanzierungssystem¹⁾ verbunden mit einem wettbewerblichen Ansatz einzuführen. Deshalb wurde ein so genannter Zwischenschritt gewählt. Das heisst nichts anderes, als dass einzelne Elemente aus dem geplanten System herausgebrochen und bis zur Unkenntlichkeit abgeändert worden sind.

Ein Vorgang, der für das bisher schon ungenügende KVG keine Verbesserungen gebracht, sondern das heute vorhandene Chaos im Gesundheitswesen noch vergrössert hätte.

Themenkreise einzeln abhandeln

Jetzt gilt es, die Reformen im Bereich der Krankenversicherung wieder in Gang zu bringen, um die dringend einer Lösung harrenden Probleme in den Griff zu bekommen. Dabei sollen richtigerweise die zur Diskussion stehenden Themenkreise nicht mehr in einem Gesamtpaket, sondern einzeln angegangen werden.

Die heutige Pattsituation im Parlament lässt keinen grossen, gesamtheitlichen Wurf mehr zu.

Aus der Sicht der Privatspitäler drängt sich ein Thema ganz besonders auf, nämlich die Spitalfinanzierung.

Wir unterstützen die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems. Allerdings soll dieses in ein Wettbewerbsumfeld eingefügt sein, in dem alle Anbieter von Spitalleistungen die gleichen Chancen und Risiken haben. In einem solchen Gesamtsystem könnte dann auch über die Aufhebung des Vertragszwanges für den ambulanten wie auch den stationären Bereich diskutiert werden, wobei als Voraussetzung dafür Rahmenbedingungen zu schaffen sind, die den Missbrauch und allfällige Willkür ausschliessen.

In diesem Zusammenhang stellt sich sofort auch die Frage nach dem allen Patienten zustehenden Staatsanteil an der Grundversicherung, auf den die Patienten der Privatspitäler nach wie vor verzichten müssen. Da diese wie alle anderen auch Steuern und die obligatorische Krankenkassenprämie zu bezahlen haben, muss diese Situation als diskriminierend und ungerecht bezeichnet werden. Die zu Grabe getragene Revision hätte in diesem Bereich Klarheit geschaffen. Zum ersten Mal überhaupt hat sich das Parlament in diesem Zusammenhang explizit zugunsten der Privatkliniken ausgesprochen und die von den Kantonen geforderte massive Ausweitung der Planung auch auf die Privatspitäler bis zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung zurückgewiesen.

¹⁾ Monistische Spitalfinanzierung: Bisher beteiligten sich die Kantone und Krankenkassen getrennt und teilweise unabhängig voneinander an der Finanzierung des stationären Bereichs. Mit der monistischen Spitalfinanzierung soll die Finanzierungsverantwortung ausschliesslich bei einem Akteur liegen.

WWW.HIRSLANDEN.CH

Nutzen Sie unseren Internet-Auftritt, um noch mehr über die Privatklinikgruppe Hirslanden zu erfahren! www.hirslanden.ch informiert über unsere medizinischen Produkte und Dienstleistungen, über aktuelle Veranstaltungen, offene Stellen und mehr.



Die 12 Hirslanden-Kliniken informieren ausführlich über ihre Infrastruktur und Dienstleistungen.



Die «Visitenkarten» enthalten sämtliche Kontaktdaten und Angaben zu unseren mehr als 1000 Belegärzten.



90 hoch spezialisierte Kompetenzzentren und Institute präsentieren ihre Kompetenzen und Ärzte-Teams.



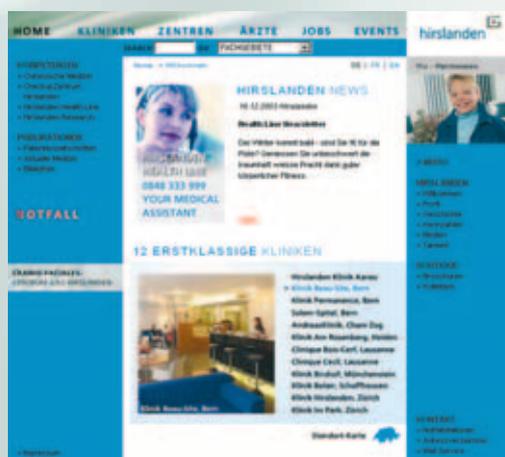
Zum Angebot der Webseite gehören auch Infos über die weiteren Dienstleistungen von Hirslanden.

Im Zentrum von www.hirslanden.ch stehen unsere 12 Privatkliniken und ihr medizinisches Angebot. Die Rundgänge vermitteln Ihnen einen visuellen Eindruck von unseren Einrichtungen. Im Kapitel «Patienteninfo» finden Sie die wichtigsten Informationen zum Ablauf Ihres Klinikaufenthaltes. Die Checklisten unterstützen Sie bei dessen Organisation und Vorbereitung.

Sind Sie auf der Suche nach einem spezialisierten Kompetenzzentrum oder einem bestimmten Facharzt? Unsere Webseite enthält zahlreiche Informationen und Kontaktdaten über die mehr als 1000 akkreditierten Ärzte sowie die 90 Zentren und Institute. Neben den üblichen Angaben präsentieren sich viele unserer Belegärztinnen und -ärzte mit aufschlussreichen Informationen zu ihrer Praxis und Person.

Das Kapitel «Events» enthält unser aktuelles Veranstaltungsprogramm. Im Rahmen unserer regelmässigen Publikumsvorträge sprechen Ärzte und Mitarbeiter über neue Erkenntnisse und Technologien in der Spitzenmedizin.

Die bedeutenden Kompetenzen, mit denen Hirslanden das Angebot der Privatkliniken ergänzt, sind ebenfalls auf der Webseite vertreten: die Hirslanden Health Line, das CheckupZentrum Hirslanden und die Zentren für Chinesische Medizin.



In unserer Publikationen-Bibliothek finden Sie laufend die neuesten Patientenzeitschriften aus Bern, Zürich, Aarau und Lausanne sowie ausführliche Fachartikel unserer Belegärzte.

www.hirslanden.ch wird laufend weiterentwickelt. Besuchen Sie deshalb immer wieder unsere Seite – es lohnt sich!

www.hirslanden.ch informiert in drei Sprachen (deutsch, französisch und englisch) über das Angebot der Privatklinikgruppe Hirslanden.

BEHANDLUNGSKONZEPT BEIM HARNBLASENTUMOR



PD Dr. med. **Johannes Eberle**,
Facharzt FMH für Urologie,
Klinik Beau-Site

UrologieZentrum Bern
Schänzlihalde 11
3000 Bern 25
T 031 335 33 33
F 031 335 37 72

8

Jährlich erkranken in der Schweiz rund 1400 Menschen an Blasenkrebs. Überwiegend im höheren Alter auftretend, betrifft das Leiden Männer 3x häufiger als Frauen. Risikofaktoren für die Erkrankung können in erster Linie das Rauchen und Krebs erregende Stoffe aus Industrie und Umwelt sein. Die wiederholte, schmerzlose rötliche bis braune Färbung des Urins und beigemengte Blutgerinnsel führen den Patienten zum Arzt. Auch Beschwerden beim Wasserlassen und ein kurzfristig wiederkehrender Harndrang können erste Anzeichen sein.

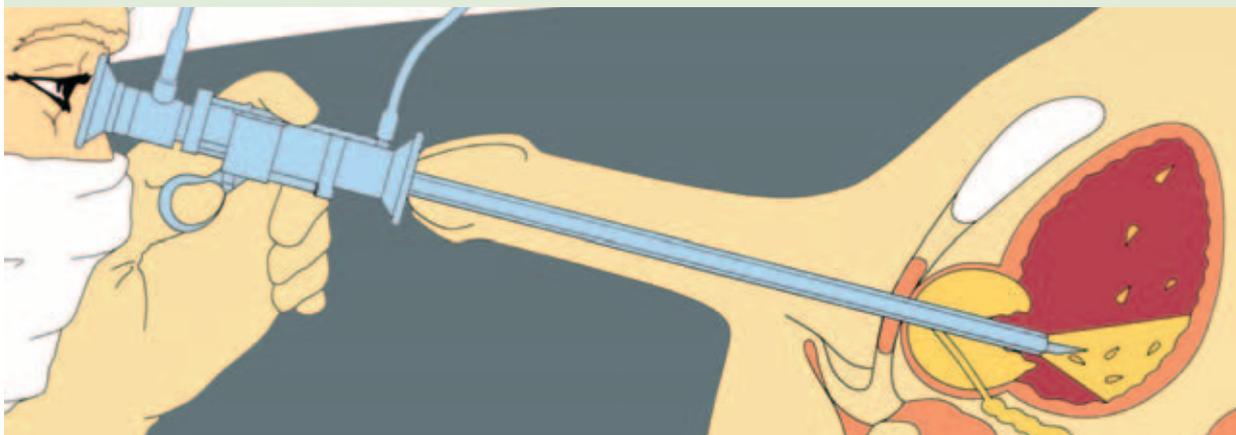
Der sichere und exakte Weg zur Diagnose eines Tumors ist die Blasenspiegelung: Mit Hilfe eines dünnen und biegsamen Instruments kann die gesamte Blasenwand beurteilt werden. Zudem wird frisch gelassener Urin unter dem Mikroskop auf bösartige Zellen untersucht. Dann erfolgt operativ über die Harnröhre eine Gewebeentnahme, dabei wird der Tumor mit einer elektrischen Schlinge abgetragen (**Abbildung 1**). Entsprechend der Ausdehnung in der Blasenwand und dem Reifegrad der Tumorzellen lassen sich zwei Gruppen (**Abbildung 2**) unterscheiden: einerseits oberflächlich wachsende Tumoren (80%), auf die Schleimhaut beschränkt, die eine Krebsvorstufe darstellen; sie bleiben bei adäquater Behandlung ohne Auswirkung auf die Lebenserwartung. Andererseits infiltrierend, solid wachsende Tumoren (20%) mit schneller Ausbreitung über die Blasenwand hinaus, die das Leben des Patienten bedrohen.

Beim oberflächlichen Tumor ist die operative Abtragung mit der Elektroschlinge alleinige Behandlungsmassnahme. Wegen der hohen Rezidivhäufigkeit (70%) sind jedoch regelmässige Kontrollen notwendig; im Weiteren werden Blasenspülungen mit verschiedenen Medikamenten durchgeführt.

Beim infiltrierenden Tumor hingegen werden operativ die Harnblase, ableitendes Lymphgewebe und angrenzende Organe radikal entfernt. Anschliessend wird der Urin über einen Blasenersatz (aus Dünn-/Dickdarm) abgeleitet. Moderne Techniken schaffen dabei ein Urinreservoir, welches an den Harnröhrenstumpf oder mit einer Art Ablassventil an die Haut angeschlossen wird (**Abbildung 3**). Die Entleerung erfolgt auf normalem Weg über die Harnröhre oder mittels eines Katheters mehrmals täglich über ein kontinentes Stoma. Vereinzelt kommt als Alternative der «künstliche Ausgang» in der Bauchhaut, mit einem Klebebeutel versorgt, zum Einsatz. Die Lebenserwartung ist bei frühzeitiger Behandlung auch beim fortgeschrittenen Tumor optimistisch zu bewerten; primäres Ziel ist es, ein Maximum an individueller Lebensqualität zu garantieren.

Abbildung 1

Identifikation und endoskopisches Abtragen des Tumors mit der elektrischen Schlinge über die Harnröhre.



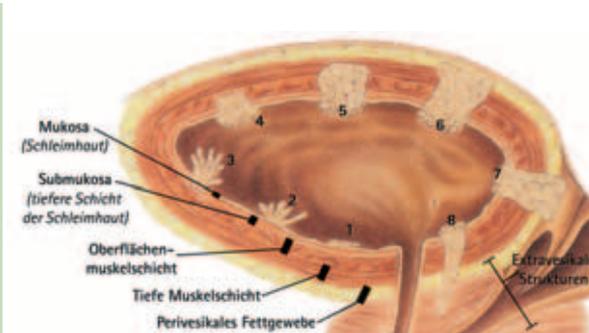


Abbildung 2

Der Längsschnitt der Harnblase zeigt neben der oberflächlich wachsenden, feinzottigen (1–3) auch die solide, feste und in die Tiefe wachsende Geschwulst (4–8).

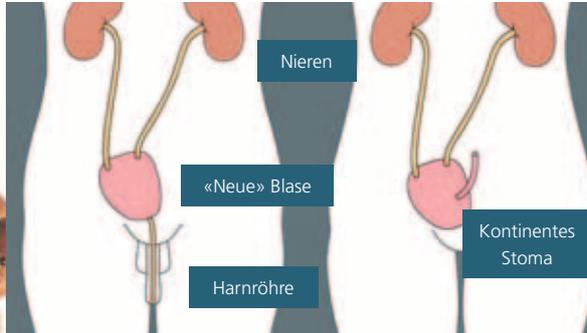


Abbildung 3

Das neue Urinreservoir aus Darmgewebe wird entweder direkt an die verbleibende Harnröhre oder kontinent an die Hautoberfläche angeschlossen.

PSA-Bestimmung und Prostatakrebs

Der Prostatakrebs ist heute in den westlichen Industriestaaten der häufigste bösartige Tumor bei Männern über dem 50. Lebensjahr und stellt die zweithäufigste krebisbedingte Todesursache dar. Mit Hilfe des Eiweissstoffes **PSA** (= **P**rostata-**S**pezifisches **A**ntigen), der ausschliesslich von der Prostata produziert und im Blut gemessen wird, kann dieser Krebs frühzeitig erkannt werden.

Nicht jede PSA-Erhöhung bedeutet jedoch automatisch, dass bösartiges Gewebe vorliegt. Auch eine

gutartige Prostatavergrösserung oder eine Entzündung des Organs, die der Mann selbst nicht spüren muss, kann zu einem erhöhten Wert führen. Zur genauen Abgrenzung erfolgt eine ultraschallgezielte Probeentnahme.

Durch die wohl überlegte und massvolle Bestimmung des PSA-Wertes kann somit frühzeitig bei der Vorsorgeuntersuchung ein Prostatakrebs diagnostiziert werden. Im Frühstadium, solange das Wachstum auf die Prostata beschränkt bleibt, ist mit entsprechender Behandlung eine Heilung möglich.

DIE BEDEUTUNG BILDGEBENDER VERFAHREN IN DER MODERNEN ONKOLOGIE

In den letzten 20 Jahren haben sich nicht nur die Onkologie und Onkochirurgie, sondern auch die bildgebenden Verfahren bzw. die medizinische Radiodiagnostik erheblich gewandelt. Mit der Einführung und vor allem Weiterentwicklung des Ultraschalls, der Computertomographie und der Magnetresonanztomographie stehen heute Methoden zur Verfügung, die über eine sehr hohe Präzision und Aussagekraft verfügen. Nach wie vor gehören jedoch auch die so genannt gewöhnlichen oder konventionellen Röntgenbilder zum Standard.

Je nach Problemstellung wird für die Diagnose einer Erkrankung die eine oder andere Methode vorgezogen.

Oft ist es auch nötig, die verschiedenen bildgebenden Verfahren miteinander zu kombinieren, um eine möglichst hohe Aussagekraft zu erreichen. Die Aufgabe des Radiologen besteht dabei nicht nur in der Diagnosestellung, sondern auch in der Dokumentation des Verlaufs der Erkrankung. Dieser Aspekt wurde mit der Entwicklung neuer Operationstechniken und onkologischer Therapeutika immer wichtiger, da die Einschätzung eines therapeutischen Erfolgs sich nicht mehr nur auf die klinischen Beurteilungen stützen kann. Dabei ist die Zusammenarbeit zwischen Radiologen, Onkologen und Chirurgen entscheidend, um die Möglichkeiten der Bildgebung zum Wohle des Patienten ausnutzen zu können.



Dr. med. **Frank Walther**,
Facharzt FMH für
Radiologie,
Klinik Beau-Site

Institut für Radiologie
Klinik Beau-Site
Schänzlihalde 11
3000 Bern 25
T 031 335 33 55
F 031 335 37 74



TENDENZ ZUR SCHONENDEREN CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG DES BRUSTKREBSSES



Die Diagnose eines Brustkrebses im Frühstadium bedeutet eine annähernd 100-prozentige Heilungschance sowie in den meisten Fällen ein Belassen der Brust in ihrer natürlichen Form. Auf die besonders gefürchtete Amputation der Brust kann heute in über 90% der Fälle verzichtet werden.

Nach wie vor gilt das Erkennen eines Tumorbefalls der Lymphknoten in der Achselhöhle als wichtiger Prognosefaktor und Hinweis für eine notwendige Zusatzbehandlung. Die weitgehende Ausräumung der Lymphknoten in der Achselhöhle ist aber bei mehr als $\frac{2}{3}$ der Frauen überflüssig, da die Lymphdrüsen nicht befallen sind. Zudem treten nach diesem Eingriff bei 15 bis 20% der Behandelten postoperative Beschwerden wie chronische Schmerzen und Armschwellung (Lymphödem) auf. Die neue Technik der so genannten Sentinel-Lymphonodektomie (das Aufsuchen und Entfernen des Wächter-Lymphknotens) hilft den Eingriff in der Achselhöhle auf ein absolut

notwendiges Minimum zu reduzieren. Nach einer radioaktiven Markierung werden der oder die wenigen in Frage kommenden Lymphdrüsen in der Achselhöhle aufgesucht, entfernt und sofort untersucht. Nur bei Krebsbefall des Wächter-Lymphknotens wird die restliche Achselhöhle wie bisher ausgeräumt. Die Dauer des Eingriffs, die postoperative Erholungsphase sowie die Komplikationsrate sind bei dieser Technik deutlich geringer als bei der herkömmlichen Methode.

PD Dr. med. **Willy Hänggi**,
Facharzt FMH für
Gynäkologie und Geburtshilfe,
Salem-Spital

Schänzlistrasse 33
3000 Bern 25
T 031 333 12 33
F 031 333 12 37



10

NEUE STANDARDS IN DER BRUSTREKONSTRUKTION



Brustkrebs ist für jede betroffene Frau eine erschreckende Diagnose. Das Ziel besteht darin, den Krebs radikal zu eliminieren, was meist durch Tumorentfernung und Nachbestrahlung erreicht werden kann. Bei bestimmten Ausbreitungsformen des Brustkrebses und bei hohem genetischem Risiko ist jedoch nach wie vor die Entfernung der gesamten Brustdrüse notwendig.

Gynäkologen und Plastische Chirurgen arbeiten Hand in Hand und nehmen bei der Entfernung des Tumors den Wiederaufbau der Brust in der gleichen Operation vor (Sofortrekonstruktion). In den vergangenen Jahren konnte durch die so genannte Haut sparende Brustdrüsenentfernung eine erhebliche Verbesserung der Rekonstruktionsergebnisse erzielt werden. Trotz radikaler Tumorentfernung bleibt ein wesentlicher Teil des Hautmantels der Brust erhalten. Das fehlende Volumen wird nach Möglichkeit mit dem eigenen Gewebe der Patientin aufgefüllt.

Als beste Methode hat sich hier die TRAM*-Lappenplastik etabliert. Die Bauchhaut wird samt reichlich vorhandenem Bauchfett in die Brustregion verschoben. Die Blutversorgung dieses Haut- und Gewebelappens erfolgt über den geraden Bauchmuskel. Zurück bleibt nach dessen Verlagerung eine leichte

Schwächung der Bauchwand. Als positiver Nebeneffekt wird jedoch gleichzeitig der Bauch gestrafft.

Eine Alternative bei Brustrekonstruktion besteht in einer Verlagerung des grossen Rückenmuskels. Dieser Lappen vom Rücken muss allerdings meist durch eine Silikongelprothese unterpolstert werden. Eine weitere Variante ist die Rekonstruktion mit Gewebedehnung (Expander) und Silikongelprothesen. Diese Methode hat den Vorteil eines geringeren operativen Aufwands, ist jedoch langfristig mit mehr Komplikationen behaftet (Kapselbildung).

Falls keine Brust erhaltende Therapie durchgeführt werden kann, besteht der Standard somit in einer Haut sparenden Brustdrüsenentfernung mit Entnahme des Sentinel-Lymphknotens (Wächter-Lymphknoten) in der Achselhöhle sowie in einer Sofortrekonstruktion.

* TRAM: Transverser Rectus-Abdominis-Muskel/-Hautlappen

Dr. med. **Andreas Tschopp**,
Facharzt FMH für
Plastische, Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie,
Salem-Spital

Klinik im Spiegel
Bellevuestrasse 15
3095 Spiegel
T 031 970 30 70
F 031 970 30 80

LUNGENRESEKTION

Erkennt man in der Röntgenaufnahme des Brustkastens einen Rundherd in der Lunge (**Abbildung 1**), so kann erst nach einer Punktion oder Biopsie festgestellt werden, ob es sich um eine gut- oder bösartige Veränderung handelt. Aufgrund des Röntgenbildes kann diesbezüglich keine Zuordnung erfolgen. Zur operativen Entfernung eines Tumors in der Lunge gibt es die Möglichkeit, thorakoskopisch, d. h. mittels Spiegelung der Brusthöhle, vorzugehen. Über 3 bis 4 kleine Hautschnitte wird zwischen den Rippen in den Brustkasten eingedrungen und der veränderte Lungenbereich mit einem speziellen Gerät abgetragen. Nach diesem Eingriff beträgt der Spitalaufenthalt 3 bis 4 Tage.

Je nach Ort des Befundes oder bei einem «Lungenkrebs» muss der Brustkasten so eröffnet werden, dass ein Lungenlappen entfernt werden kann. Bei der offenen Tumorentfernung kann der Patient nach etwa 8 Tagen aus dem Spital entlassen werden.

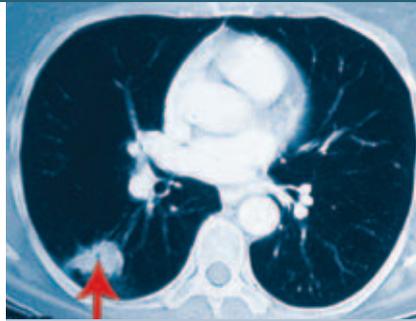


Abbildung 1
Rundherd in der Lunge



Dr. med. **Heinz Urs Striffeler**,
Facharzt FMH für Chirurgie,
spez. Thorax- und Gefässchirurgie,
Klinik Beau-Site

Dr. med. **Heinz Urs Striffeler**
Buchserstrasse 30
3006 Bern
T 031 358 17 85
F 031 358 17 52

LEBERCHIRURGIE AN DER KLINIK BEAU-SITE

11



Die Leberchirurgie ist ein Spezialgebiet innerhalb der Viszeralchirurgie. Leberchirurgische Eingriffe werden sowohl bei gutartigen als auch bei bösartigen Geschwülsten durchgeführt. Die Leber ist das einzige Organ, welches arttypisch nachwächst und deshalb Teilentfernungen bis zu $\frac{2}{3}$ des ursprünglichen Volumens erlaubt. Der verbleibende Teil des Organs beginnt innerhalb Tagen nachzuwachsen und hat das ursprüngliche Volumen innerhalb weniger Wochen wieder erreicht. Dem Patienten bleiben ausser der Zugangsnarbe keine Nachteile.

Leberchirurgische Eingriffe gehören zur «grossen Bauchchirurgie» und setzen Zentrumsinfrastrukturen voraus. Dies betrifft nicht nur den Chirurgen, welcher eine breite Erfahrung haben muss, um diese Eingriffe verantwortungsvoll durchzuführen, sondern auch das Spital, in welchem die Operationen stattfinden. Namentlich muss das Anästhesieteam entsprechend erfahren sein, es braucht eine Intensivstation, und schliesslich müssen gewisse unabdingbare technische Voraussetzungen erfüllt sein. Wenn dies alles gegeben ist, können leberchirurgische Eingriffe mit einer Sterblichkeitswahrscheinlichkeit von unter 2% sicher durchgeführt werden. Die moderne Leberchirurgie ist «unblutig», und Bluttransfusionen sind selten notwendig. Patienten können das Spital oft schon nach 6 bis 8 Tagen verlassen und empfinden die Belastung geringer als bei (den häufig vorausgegangenen) Darmoperationen.

In der Klinik Beau-Site haben wir seit 1992 über 300 leberchirurgische Eingriffe durchgeführt, das Team ist entsprechend geschult und erfahren. In jüngster Zeit hat bei uns auch die laparoskopische Methode Eingang in die Leberchirurgie gefunden, sie wird bei kleineren Teilresektionen angewendet.



PD Dr. med. **Rudolf Steffen**,
Facharzt FMH für Chirurgie,
Klinik Beau-Site / Klinik Permanence /
Salem-Spital

Dr. med. **Rudolf Steffen**
Brunngasse 14
3011 Bern
T 031 312 61 12
F 031 312 61 11

DARMKREBS – NIE?

Informationsveranstaltung: 27. März 2004, Klinik Beau-Site

Die Teilnahme ist kostenlos; eine telefonische Anmeldung ist erwünscht:

T 031 335 33 33, Stichwort Darmkrebs

Am Puls der Medizin: Öffentliche Arztvorträge

24. März 2004, 19.30–21.00 Uhr
Kursaal Bern, Saal Intermezzo

Dickdarmkrebs

PD Dr. med. **Rudolf Steffen**,
Facharzt FMH für Chirurgie,
speziell Viszeralchirurgie



2004 finden in der ganzen Schweiz Informationsveranstaltungen zum Thema Darmkrebs statt. Die Klinik Beau-Site unterstützt die nationale Kampagne der Krebsliga Schweiz, mit der die Bevölkerung gezielt informiert werden soll.

9.30 Uhr ¹⁾

Kann Darmkrebs vermieden werden?

Früherkennung, Vorsorgeuntersuchung

Dr. med. Thomas Furrer und Dr. med. Christoph Gwerder
Fachärzte FMH für Innere Medizin, spez. Onkologie

Klinik Beau-Site

Halten Sie Ihren Darm in Bewegung!

Bewegungsverhalten im Alltag zur Anregung der Darmtätigkeit

Evelyne Bärswyl, Stv. Abteilungsleiterin Physiotherapie

Diagnose Darmkrebs – wie weiter?

Diagnostik, medizinische Behandlungsmöglichkeiten

Dr. med. Thomas Furrer und Dr. med. Christoph Gwerder
Fachärzte FMH für Innere Medizin, spez. Onkologie

Chirurgische Massnahmen

Dr. med. Jürg Teuscher, Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie

Darmfreundliches Znüni/Info-Stände ²⁾

11.15 Uhr

Die Psyche leidet mit

Die Bedeutung der Psychoonkologie

Dr. med. Kurt Marc Bachmann,
Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Der Blick ins Innere

Die Dickdarmspiegelung

PD Dr. med. Hans Merki,
Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Gastroenterologie

Bildgebende Verfahren bei Dickdarmkrebs

Dr. med. Frank Walther, Facharzt FMH für Radiologie

¹⁾ **13.30 Uhr: Wiederholung bei grossem Interesse** (Telefonische Anmeldung erwünscht)

²⁾ **Info-Stände:**

Ernährungsquiz

Alexandra Müller und Eliane Weber, dipl. Ernährungsberaterinnen

Schmerzen und Übelkeit sind therapierbar

Die Vorteile des Port-a-Cath-Systems

Annemarie Schmid Flückiger und Nadja Hafner, dipl. Pflegefachfrauen

Haarausfall: Wie kann dieser kaschiert werden?

Kurt Morgenthaler, dipl. Damencoffeur

Kathrin von Niederhäuser, dipl. Pflegefachfrau

Klinik Beau-Site

Schänzlihalde 11

CH-3000 Bern 25

T +41 (0)31 335 33 33

F +41 (0)31 335 37 72

Herz-Notfall +41 (0)31 333 13 13

linik-beausite@hirslanden.ch

www.hirslanden.ch

Klinik Permanence

Bümplizstrasse 83

CH-3018 Bern

T +41 (0)31 990 41 11

F +41 (0)31 991 68 01

Notfall +41 (0)31 990 41 11

linik-permanence@hirslanden.ch

www.hirslanden.ch

Salem-Spital

Schänzlistrasse 39

CH-3000 Bern 25

T +41 (0)31 337 60 00

F +41 (0)31 337 69 30

salem-spital@hirslanden.ch

www.hirslanden.ch